



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. agosto 2003; 7(2): 112-

PRESENTACIÓN DE CASO

Cancer de cuello uterino y prolapso genital total. Presentación de un caso

Cervical-uterine cancer and total genital prolapse. A case report

**Vladimir Díaz Noda¹, Elpidio Barrial García ², Beatriz Garófalo Rubio³,
Yoanis Zubizarreta Vega⁴.**

¹Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

²Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

³Especialista en MGI y de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴Residente de 4º Año de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

El prolapso genital es una afección frecuente en la postmenopausia y junto con el cáncer de cuello uterino son causa frecuente de histerectomía. Pero la asociación de estas dos entidades nosológicas es muy rara. Se presenta un caso de 63 años de edad que es portadora de estas dos enfermedades, la cual se ilustra con fotos. Valorada en la consulta central de oncoginecología del Hospital "Abel Santamaría" de Pinar del Río en el mes de mayo del 2002, donde le fue indicado tratamiento quirúrgico (histerectomía vaginal), efectuado sin dificultades con tratamiento complementario de radioterapia y una evolución satisfactoria en cuatro meses.

Descriptor DeCS: HISTERECTOMIA VAGINAL, MENOPAUSIA NEOPLASMA DEL CUELLO UTERINO/cirugía, PROLAPSO/cirugía.

ABSTRACT

Genital prolapse is a frequent post - menopausal complaint and with cervix malignancy account for the frequent hysterectomy although is rare the association of both disease entities. A 63 years old case is presented being carried of both entities. Which is illustrated with photos. In May 2002, the patient was assessed at the Central Oncology - Gynaecology Office at Abel Santamaría Hospital where a surgical procedure was prescribed (vaginal hysterectomy) which was performed successfully using radiotherapy as adjunctive treatment and it was obtained a good postoperative course within 4 months.

Subject headings: CERVIX NEOPLASM/surgery, HYSTERECTOMY, VAGINAL, MENOPAUSE, UTERINE PROLAPSE/surgery.

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es una enfermedad frecuente en las pacientes postmenopáusicas y representa aproximadamente entre el 8-10 % de las histerectomías. Este se clasifica según el descenso del útero en tres grados: Grado I, cuando el cuello uterino asoma al introito vulvar; Grado II, cuando el cuello uterino sobresale la vulva y grado III cuando sale totalmente el útero, siendo este el menos frecuente.¹

En la primera mitad del siglo XX, el cáncer invasor del cuello uterino fue el más común del tracto reproductor femenino en los Estados Unidos. Desde 1950, tanto la incidencia como la tasa de mortalidad han descendido de tal manera que actualmente se encuentra en segundo lugar de incidencia, después del cáncer de

endometrio y en segundo lugar en mortalidad después del cáncer de ovario en la población femenina global.²

En Cuba ocupa el cuarto lugar entre las 10 primeras localizaciones de cáncer en el sexo femenino y representa también la cuarta causa de muerte por cáncer en el sexo femenino.³ Otro aspecto importante es que la máxima incidencia está observándose a una edad cada vez menor: 40-45 años en el cancer infiltrante y alrededor de los 30 en las neoplasias intraepitelial cervical.⁴

El prolapso genital y el cáncer de cuello uterino son comunes en países subdesarrollados, pero la asociación de ambas entidades es muy rara.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 63 años de edad, femenina, con antecedentes obstétricos de G: 8, P: 6, A: 2. Que es remitida a nuestro servicio por referir molestias urinarias del tipo de retención, salida de genitales internos fuera de la vulva; y al examen físico se comprobó protrusión de vagina y útero totalmente, con una tumoración a nivel del cuello uterino de 8 cm (Fig.1) realizando biopsia por ponche a la misma, diagnosticándose carcinoma infiltrante de cuello uterino. Siendo evaluado el caso en la consulta central de oncoginecología, donde se le realizaron complementarios tales como ultrasonido abdominal, cistoscopia, rectoscopia, urograma descendente, los cuales fueron normales; clasificándose en un estadio II b, indicando tratamiento quirúrgico, el cual fue una histerectomía vaginal con colporrafia anterior y posterior (Fig. 2, 3) con evolución satisfactoria.



Figura 1. Salida de genitales internos fuera de la vulva con protrusión de vagina y útero totalmente, con tumoración a nivel del cuello uterino de 8 cm.



Figura 2. Biopsia por ponche a la misma, diagnosticándose carcinoma infiltrante de cuello uterino.



Figura 3. Biopsia por ponche a la misma, diagnosticándose carcinoma infiltrante de cuello uterino.

El estudio anatomopatológico informó carcinoma escamoso infiltrante de células grandes no queratinizante que infiltra todo cuello, istmo libre de tumor, atrofia del endometrio, miometrio de aspecto normal. Valorada nuevamente en la consulta central de oncoginecología al mes de operada se decidió aplicar tratamiento con radioterapia complementaria. La evolución de la paciente resultó ser favorable en los primeros cuatro meses.

DISCUSIÓN

Habitualmente en el estadio IIB del carcinoma infiltrante de cuello uterino la conducta es radioterapia⁵ ya que en este estadio hay toma de los parametrios y/o tercio superior de vagina y se hace en extremo riesgoso el tratamiento quirúrgico por las múltiples complicaciones en el transoperatorio (sangramiento, lesiones urológicas o enterales) y es por lo que se decide casi siempre la radioterapia como elección, pero en este caso se pudo lograr la histerectomía vaginal sin los accidentes quirúrgicos descritos anteriormente porque nuestra paciente tenía un prolapso genital grado III y se pudo realizar la operación sin dificultades.

Se revisó la bibliografía de los últimos 35 años y sólo encontramos el reporte de alrededor de 20 casos de esta rara asociación del carcinoma infiltrante de cuello uterino y prolapso genital.⁶⁻⁹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thompson JD. Corrección quirúrgica de los defectos del soporte de la pelvis. En: Rock JA, Thompson JD, dir. Te Linde. Ginecología Quirúrgica. 8a ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 1998. pp. 975-952.
2. Singleton HM, Thompson JD. Cáncer de cuello uterino. En: Rock JA, Thompson JD, dir. Te Linde. Ginecología Quirúrgica. 8a ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 1998. pp. 1437-1522.
3. Cuba, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico. La Habana: MINSAP; 2000.
4. Cotran RS, Kuman V, Collin T. Robbins. Patología Estructural y Funcional. 6a ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. pp. 1094-1112.
5. Orr JW. Cervical cáncer. Surgical oncology. Clinics of NortAmerica 1998; 7 (2): 299.
6. Da Silva BB, Da Acosta AR, Filho CP. Carcinoma of the cervix in association with uterine prolapse. Ginecol Oncol 2002; 84(2):349-50.
7. Tokin S, Tesic M, Kovacs-Poth I. Coincidence of total uterine prolapse and cervical cancer. Jugosl Ginekol Opster 1981; 21(5-6):127-9.
8. Ngohou-Bonevat, San LK, To T, Ho KB, Vethiya T. Cervix cancer associated with genital prolapsus. Or purpose of a personal case. Bull Fed Soc Gynecol Obstet Lang Fr 1971, 23(5):564-7.
9. Chowdhury NG. Cancer of the cervix associated with genital prolapse. A review of 12 cases. Indian J Cáncer 1967; 4(2):147-50.

Recibido: 19 de diciembre del 2002

Aprobado: 12 de mayo del 2003.

Dr. Vladimir Díaz Noda. José A. Labrador No. 25 e/n Palma y Julián Alemán. Pinar del Río. Cuba.